Aus dem Marien-Hospital in Osnabrück
(Leiter: Sanitätsrat Dr. Schirmeyer).

Über Adipositas dolorosa

mit Beschreibung von zwei Fällen

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
IN DER MEDIZIN UND CHIRURGIE

der Medizinischen Fakultät der Schlesischen
Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

HERMANN ESDERS
Assistenzarzt

BRESLAU 1930
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau
Berichterstatter: Prof. Dr. Stepp.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Im Jahre 1888 und zusammenfassend im Jahre 1892 veröffentlichte der amerikanische Neurologe Dercum unter dem Titel „Three cases of a hitherto unclassified affection resembling in its grosser aspects obesity but associated with special nervous symptoms" ein bis dahin unbekanntes Krankheitsbild als neurologische Einheit, das er als Adiposis dolorosa bezeichnete.

Nach der Veröffentlichung wurden zahlreiche Stimmen laut, welche sich gegen die Auffassung Dercums wandten, das noch zu beschreibende Krankheitsbild als eine Krankheit „sui generis" zu bezeichnen. Besonders waren es französische Autoren (Feré), welche lange Zeit diese Krankheit für eine Fettsucht erklärten, die stark mit neurasthenischen Symptomen überlagert sei. Erst in letzter Zeit, nachdem immer wieder neue Fälle mit konstantem Symptomenkomplex beschrieben waren, ist die Zahl der Vertreter dieser Ansicht äußerst klein geworden. Dieser immer wieder vorgefundene konstante Symptomenkomplex ist schon von Dercum charakterisiert worden. Und zwar finden wir (Kraft)

als Kardinalsymptome:

Abnorme Fettanhäufung im Unterhautzellgewebe;
Schmerzen;
Asthenie;
Psychische Störungen;

als Akzessorische Symptome:

Haemorrhagien und vasomotorische Störungen;
Motorische Störungen;
Sensible Störungen;
Sekretorische Störungen;
Trophische Störungen;
Klinisch und eventuell röntgenologisch nachweisbare Veränderungen an Organen mit innerer Sekretion, besonders Schilddrüse und Hypophyse. —

Die Dercumsche Krankheit (Adipositas dolorosa) befällt für gewöhnlich das mittlere Lebensalter. Sehr oft gehen dem eigentlichen Beginn der Erkrankung rheumatisch-arthritische

Beschwerden voraus. Nachdem sich im allgemeinen eine mäßige Adipositas ausgebildet hat, entwickeln sich in und unter der Haut lipomartige Knoten, die spontan und auf Druck schmerzhaft sind. Diese Knoten erscheinen langsam bald hier bald da am Körper und machen gelegentlich ihr Erscheinen schon monatelang durch leises Ziehen und Bohren an der betreffenden Stelle bemerkbar. Die krankhaften Fetteinlagerungen lokalisieren sich am Stamm und an den Extremitäten, jedoch bleiben Fuß und Hand verschont. Sie kennzeichnen sich besonders durch ihre Schmerzhaftigkeit. Das Schmerzsymptom ist das besondere Merkmal gegenüber anderen ähnlichen Knoten, ja gerade das Wesentliche der Dercumschen Krankheit. Gelegentlich breiten sich die typischen Fettinfiltrationen flächenhaft aus, verwischen den Charakter der knotigen Fetteinlagerungen und dehnen sich umschrieben diffus oder ineinanderübergehend allgemein diffus über den Körper aus. Einige Autoren sprechen deshalb je nach der Art der krankhaften Fettverteilung von einer nodulären, umschrieben diffusen und einer allgemein diffusen Form der Dercumschen Krankheit.

Die Form der Fettgeschwülste, soweit es sich um Knoten handelt, ist abgerundet oder leicht abgeflacht. Ihre Konsistenz ist weich bis derbelastisch. Mit der Unterfläche sind die Tumoren nicht verwachsen sondern lassen sich auf der unterliegenden Fläche gut verschieben. Die Haut darüber kann etwas gespannter als sonst aber auch normal faltbar sein, jedoch soll oft zwischen ihr und den Tumoren eine lockere Verbindung bestehen. Die Farbe der Haut über den Geschwülsten ist für gewöhnlich der übrigen Hautfarbe entsprechend, sie kann jedoch auch eine bläuliche Veränderung annehmen, besonders über den größeren Knoten, wahrscheinlich infolge vasomotorischer Störung. Die Regionen des Körpers, welche einem Druck ausgesetzt sind, zeigen ganz geringe Fettablagerungen. Die typischen Knoten fühlen sich als Lipome an, die allgemein diffusen Fetteinlagerungen dagegen erwecken beim Palpieren den Eindruck als ob „Würmer unter der Haut liegen“. Mitunter ist die krankhafte Fetteinlagerung so stark, daß die Bauchdecke wie eine Fettschürze herunterhängt und der Oberarm keulenförmig aufgetrieben erscheint und der Unterarm manschettenartig sich gegen die Hand abgrenzt (Dercum). Abgesehen von diesen körperlichen Entstellungen leiden die Patienten besonders unter den Schmerzen, die selten spontan fehlen. Anfangs klagen die Patienten mehr über sensible Störungen (Kribbeln, Jucken, Vertaubung, Kälte-, Hitzegefühl), später mehr über

reißende, ziehende, stechende Schmerzen, die besonders bei Druck auftreten. Die Schmerzen nehmen für gewöhnlich die betroffenen Gebiete ein. In einigen Fällen folgten sie auch dem Verlauf eines Nerven. Wahrscheinlich war aber in den Fällen der Nerv durch den Druck der ihn umgebenden Fettmassen irritiert. Gewöhnlich steigern sich die Beschwerden nach Anstrengungen jeglicher Art; ja, danach treten sie in den Fällen, in denen die spontanen Schmerzen fehlen, erst auf. Die subjektiven Beschwerden nehmen in der Schilderung der Dercumschen Krankheit den breitesten Raum ein. Eine ihrer häufigsten Klagen ist außer den besprochenen Schmerzen das leicht eintretende Gefühl der Ermüdung der Muskulatur, „das sich bis zum Gefühl größter physischer und psychischer Hinfälligkeit steigern kann" (Dercum). In den meisten Fällen, in denen die Patienten zur Kraftanstrengung energisch aufgefordert wurden, konnte keine Verminderung der Muskelkraft nachgewiesen werden, abgesehen davon, daß infolge der Schmerzhaftigkeit ein relative Inaktivitätsatrophie die grobe Kraft beeinträchtigte. Das Gefühl des Versagens der Kräfte allgemeiner Mattigkeit beherrscht den Kranken. Gegen jegliche Anstrengung besteht Widerwille. Motorische Störungen, von denen anfangs die Rede war, sind zum größten Teil nur Ausdruck der Asthenia universalis; denn in dem Verhalten der Reflexe ist bis jetzt noch nie etwas Besonderes gefunden. Eine im Symptomenbilde der Dercumschen Krankheit stets wiederkehrende Erscheinung sind Anomalien der Gemütsstimmung. Im Durchschnitt ist die Stimmung eine depressive, die gelegentlich einer gehobenen Stimmung Platz macht. Genährt wird die depressive Gemütsstimmung durch verschiedene Unlustgefühle, von denen besonders Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Apathie, Gedächtnisschwäche im Vordergrund stehen. Gelegentlich steigern sich die obigen Beschwerden, und die Patienten suchen sich Luft zu verschaffen in Tobsuchtsanfällen und Suicidversuchen.

Als objektive Merkmale der Dercumschen Krankheit werden außer der Adipositas und den typischen schmerzhaften Fetteinlagerungen klinisch und eventuell röntgenologisch nachweisbare Veränderungen an den Drüsen mit innerer Sekretion festgestellt, deren Auswirkung je nach Steigerung resp. Verminderung ihrer Funktion abgesehen von den übrigen klinisch in Erscheinung tretenden Symptomen sich zum Teil in sekretorischen = (Schweiß, Trockenheit der Haut), trophischen = (Arthritis) und anderen Störungen geltend macht.

Die Diagnose: Dercumsche Krankheit darf nur mit Recht für die Fälle gestellt werden, die in typischer Weise die beiden Hauptsymptome Fetteinlagerung und deren Schmerzhaftigkeit aufweisen.

Nach Schilderung des Symptomenkomplexes lasse ich den am St. Hedwig-Krankenhaus, Berlin, beobachteten Fall von Dercumscher Krankheit folgen:

Frau G. H., Wwe., 58 Jahre alt.

Familienanamnese: Vater und Mutter starben angeblich an Altersschwäche. Geschwister leben und sind gesund. In der Familie sind kein Alkoholismus, keine Tuberkulose und keine Geisteskrankheiten zu verzeichnen.

Eigene Anamnese: Als Kind machte Patientin angeblich Brustfellentzündung, Masern, Scharlach, Diphtherie, Nieren- und Rippenfellentzündung durch. Vor 15 Jahren erkrankte Patientin an einer Grippe. Menarche mit 13½ Jahren, Menses waren regelmäßig. Menopause trat vor ungefähr 3 Jahren ein.

Jetzige Krankheit: Sie begann vor ungefähr 3 Jahren kurz nach dem Aussetzen der Menses, und zwar, wie sie betont und angeblich von ihrem Hausarzte diagnostiziert wurde, mit einer „Knochenhautentzündung" am linken Knie. Bald darauf trat „Rheumatismus" in beiden Kniegelenken auf, der durch die Behandlung des Arztes angeblich zeitweise nur gebessert wurde. Seit drei Wochen bestehen dauernde Schmerzen in beiden Kniegelenken und dem rechten Handgelenk, ferner Schmerzen im rechten Oberschenkel und linken Arm, ohne daß die Patientin die Schmerzen an eine bestimmte Stelle lokalisieren kann. Bei Bewegungen steigern sich die Beschwerden. Bei Ruhelage sind sie erträglich. Patientin klagt ferner über Kopfschmerzen, leichte Ermüdbarkeit, Unfähigkeit, irgend etwas zu tun. Ihr Gedächtnis habe nachgelassen. Oft habe sie das Gefühl, „als ob die eine Hälfte ihres Körpers nicht mehr ihr gehöre". Sie weine viel und habe wegen der dauernden Schmerzen keine Lust mehr zu leben. Sie sei auch so schwach, daß sie wohl nie mehr ganz außer Bett kommen würde.

Befund (bei der Aufnahme den 4. 5. 1928): Mittelgroße, 58 jährige Patientin von mäßiger Adipositas (138 Pfd. ohne Kleider). Blasse Haut. Sichtbare Schleimhäute, jedoch gut durchblutet. Es besteht mäßig schlaffer Turgor der Haut. Teichige Schwellungen, wie sie für Ödeme charakteristisch sind, lassen sich nicht nachweisen. Die Haut, besonders in der Bauchgegend, fühlt sich adepös „quabbelig" an.

Kopf: Konfiguration normal. Nase, Ohren ohne krankhaften Befund. Augenbewegungen sind nach allen Seiten gut ausführbar.

Kein Exophthalmus.

v. Graefesches Zeichen
Moebiussches Zeichen
v. Stellwagsches Zeichen
} negativ.

Pupillen reagieren prompt auf Licht und Konvergenz.

Kein Nystagmus nachweisbar.

Zunge feucht, etwas belegt.

Zahnreihe fehlt; künstliches Gebiß.

Rachenorgane: ohne krankhaften Befund.

Hals: Umfang normal 35½ cm.

Schilddrüse ist nicht fühlbar.

Keine Drüsenschwellung.

Herz: Grenzen regelrecht, Töne rein, Aktion regelmäßig, 76—78 Schläge in der Minute.

Lungen: Grenzen 10—11, B.W.D. beiderseits, gut und gleichmäßig verschieblich. Über beiden Lungen sonorer Klopfschall und reine Atmung.

Leib: Abgesehen von der Adipositas überall weich und eindrückbar. Leber, Milz palpatorisch und perkutorisch nicht vergrößert. Keine abnormen Resistenzen, palpabel. Leichte Druckempfindlichkeit des ganzen Abdomens.

Extremitäten: Leichte diffuse Auftreibung der Oberschenkel infolge relativer Vermehrung des subkutanen Fettgewebes. An dem rechten Oberschenkel fühlt man auf dem Quadriceps, ungefähr in dem mittleren Drittel des Oberschenkels vier erbsen- bis kirschgroße Tumoren, die in dem subkutanen Fettgewebe liegen und ganz eben auf der Hautoberfläche hervorragen. Beim Palpieren hat man das Gefühl einer reichgelappten, lipomartigen Wucherung, die auf der Unterlage verschieblich und mit der Haut nicht verbacken ist. Die Haut darüber ist nicht verändert. Beim Betasten dieser Knötchen äußert die Patientin die heftigsten Schmerzen. Ebenso finden sich links am Oberschenkel, ungefähr in derselben Gegend, zwei gleichgroße „fettige Infiltrationen" von demselben Charakter und derselben Schmerzhaftigkeit. Die Konturen beider Kniegelenke sind nicht verwaschen. Bei Druckausübung auf die Patella wird keine Schmerzäußerung hervorgerufen. Erst bei aktiver und passiver Bewegung in den Kniegelenken schreit die Patientin laut auf. Irgendein Krepitieren ist nicht wahrnehmbar. Geringer Stauchungsschmerz. Lasèguesches Zeichen negativ. Wie an den Ober-

schenkeln, so ist auch an beiden Unterarmen gegenüber den Oberarmen das subkutane Fettgewebe relativ vermehrt. An der Hand-Unterarmgrenze macht die Fetteinlagerung halt, und es kommt (besonders beim Herabhängen der Arme sichtbar) dort zu einer manschettenfigurartigen Abzeichnung dieser Grenze, so wie man sie bei pastösen Säuglingen sieht. Auf der Streckfläche des linken Unterarmes fühlt man zwei erbsengroße lipomartige Knoten, die tief im subkutanen Gewebe liegen und kaum das Niveau der Hautoberfläche überragen. Einer dieser Knoten wurde in Lokalanästhesie exzidiert und mikroskopiert.

Diagnose: Lipom, Prof. Dr. Busch. Drückt man auf diese Knoten, äußert Patient wiederum die heftigsten Schmerzen.

Reflexe: Patellar R. lebhaft beiderseits.
Achilles R. normal auslösbar beiderseits.
Bauchdecken R. negativ, wegen der Adepositas.

Babinsky, Oppenheim, Romberg } negativ beiderseits.

Temperatursinn: Leichte Überempfindlichkeit gegen Kälte am ganzen Körper.

Sensibilität, Lagesinn } nicht gestört.

Probefrühstück (Boas):
20 freie H Cl.
30 Gesamtazidität.

Stuhl: Benzidinprobe negativ, mikroskopisch o. B.

Urin: Frei von krankhaften Bestandteilen.

Im Sediment Leukozyten etwas vermehrt (leichte interkurrierende Cystitis).

R. R. 145/90.

Blut:

Wa. R. negativ.
Hämoglobin: 80% (Sahli).
Erythrozyten: 4 100 000.
Leukozyten: 5 300.
F. I.: = 1.

Weißes Blutbild:

27% Lymphozyten,
68% Segmentk. Leukozyten,
2% Eosinophile,
3% Monozyten.

Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (Westergreen):
Mittelwert = 6,0.

Röntgenologische Befunde:

Herz-, Lungenaufnahme,
Sternumaufnahme,
Schädelaufnahme,
Kniegelenksaufnahme

zeigen keine krankhaften Veränderungen. Die Durchleuchtungen wurden erst 3—4 Wochen vor der Entlassung gemacht, als man zu der Diagnose: Dercumsche Krankheit gekommen war.

Wie schon erwähnt, wurde Patientin am 4. 5. aufgenommen und ihr Leiden als eine Art Arthritis deformans betrachtet und behandelt mit Antineuralgica, Bäder und Wärme aller Art. Die Knoten wurden erst nicht weiter beobachtet und beachtet. Zu gleicher Zeit wurde bei ihr eine hochgradige Neurasthenie festgestellt, was dazu beitrug, die schmerzhaften Knoten noch weniger zu beachten. Sie wurden als „weiche Gichtknoten" gedeutet. Im Laufe der Beobachtung fiel es auf, daß die Knoten an Volumen etwas zunahmen, und daß die Schmerzhaftigkeit der Knoten wechselte in ihrer Stärke. Man sah den Mißerfolg der Behandlung, die Stimmungsschwankungen bei der Patientin (Intelligenz, Gedächtnis waren gut), die Beharrlichkeit, mit der die Patientin die Schmerzen immer wieder an den zunehmenden „Infiltrationen" angab, so daß man für diese Momente eine Erklärung suchte und soweit kam, an eine Dercumsche Krankheit zu denken. Pat. hatte bis zum 28. 8. 10 Pfd. zugenommen (gleich 148 Pfd. ohne Kleider). An dem Tage wurde die schon erwähnte Probeexzision vorgenommen, die Röntgenaufnahmen gemacht und die Schilddrüsentherapie (Thyreoidin Merck 3 mal täglich 1 Tablette) eingeleitet. Unter dieser Behandlung ließen die Schmerzen nach, und man hatte den Eindruck, als ob die Knoten etwas zurückgingen. Die Pat. wünschte dringend am 25. 9. 1928 Entlassung, da es ihr besser ging. Leider besaß zu der Zeit das Krankenhaus keinen Stoffwechselapparat. Eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus zur Stoffwechseluntersuchung lehnte die Patientin ab, so daß diese Untersuchung unterblieb. Die Patientin wog am Tage der Entlassung 145 Pfd. Der Zustand hatte sich demnach durch Thyreodingaben gebessert. Die Schmerzen hatten nachgelassen und die Knoten hatten sich wenigstens nicht mehr vergrößert. Die Patientin wurde in weitere kassenärztliche Behandlung entlassen, Schilddrüsentherapie wurde

angeraten. Am 3. 4. 1929 zog ich Erkundigung über den Zustand der Patientin bei dem Kassenarzt ein, der mir berichtete, daß „die Frau noch zuweilen an rheumatischen Beschwerden leide. Die Knoten seien noch eben zu fühlen. Patientin klage noch über Schmerzen in den Kniegelenken, während sich die Schmerzhaftigkeit der Fettknoten fast ganz verloren hätte. Neue Knoten hätten sich nicht gebildet. Er gäbe noch in Abständen von mehreren Wochen Thyreoidin (Merk)."

Beurteilung: In dem beschriebenen Falle liegen die klassischen Symptome:

(Knotige) Fettanhäufung im Unterhautzellgewebe,
Schmerzhaftigkeit,
Asthenie,
Psychische Störungen

vor.

Das Gewicht der Patientin (mit Hemd bekleidet) betrug 138 Pfd. Was die Lokalisation der für diese Krankheit pathognomonischen Fettinfiltration anbelangt, so ist zu erwähnen, daß sie in diesem Falle nur auf beiden Oberschenkeln und dem linken Unterarm beschränkt war. Am Stamm selbst waren keine Knoten zu fühlen. Auffallend ist, daß auch das Betasten und besonders das Beklopfen des Sternums mäßig schmerzhaft waren, obgleich irgendwelche typischen Fetteinlagerungen und irgendwelche röntgenologisch sichtbaren Veränderungen am Sternum nicht nachweisbar waren. Durch mikroskopische Untersuchung eines dieser Knoten wurde einwandfrei erwiesen, daß es sich um eine Fettgeschwulst (Lipom) handele. Die Form und die Lokalisation der lipomartigen Knoten lassen wohl zu, diesen Fall als eine noduläre Form der Dercumschen Krankheit anzusprechen.

Was die Schmerzen anbelangt, so ist zu erwähnen, daß sowohl Schmerzen spontaner Natur als auch auf Druck vorhanden waren. Die spontanen Schmerzen wechselten bei der Patientin. An einem Tage klagte sie über Spannungsgefühl, am andern Tage über reißende Schmerzen in beiden Oberschenkeln. Sie bat deswegen oft um eine leichtere Bettdecke. Daß die Intensität oder die Art der Schmerzen mit einer sichtbaren Volumensänderung der Knoten zusammenhingen, konnte durch die Beobachtung nicht entschieden werden. Nicht immer klagte die Patientin über ihre Schmerzen. An einigen Tagen zugleich mit dem nötigen Stimmungswechsel war sie sehr lebendig. Sie erzählte dann, daß sie fast gar keine Beschwerden mehr habe, um dann wenige Tage darauf

wieder zu stöhnen und zu jammern. Beschäftigte man sich dann mit ihr, um zu erfahren, wo es ihr denn eigentlich weh täte, wies sie auf die Oberschenkel, den Unterarm, die Brust und die Kniegelenke hin. Sie habe das Gefühl, „als wenn da irgendetwas bohre". Übte man nun einen Druck auf die Fettknoten aus, dann war das Maß des Jammerns voll, obgleich man versucht hatte, die Patientin abzulenken. Falls man sie bei guter Laune antraf und die Knoten palpieren wollte, zog sie schon vorher den Arm weg. Die Patientin lag fast immer zu Bett, weil sie nach ihrer Angabe zu schwach sei und nach Anstrengung mehr Schmerzen habe. Betastete man die tumorfreien Stellen am Körper, so sah man an ihrem Mienenspiel, wie sie mit ängstlichem Ausdruck auf den Moment wartete, wo man die Knoten betastete.

Wenn auch ein großer Teil ihrer Klagen die beschriebenen Schmerzen als Ursache hatten, so erstreckte sich der andere Teil auf Beschwerden allgemeiner Natur, die Ausdruck der typischen „Asthenie" bei der Dercumschen Krankheit sind. Fast täglich jammerte sie über ihre „allgemeine Körperschwäche". „Vor einem halben Jahre ging es noch, aber jetzt kann ich kaum noch eine Stunde umhergehen." Dabei war die Muskulatur der Extremitäten ganz gut entwickelt und noch erhalten, die Schwäche mehr psychischer als physischer Natur. Eine Prüfung der groben Kraft ließ sich deshalb nicht gut ausführen, weil Patientin bei der Anspannung der Muskulatur Schmerzen empfand.

Zu erwähnen sind noch die psychischen Störungen, die sehr mannigfaltig waren. Während der Visite lag sie weinend im Bett, stöhnte oder lag stumm, deprimiert da und hatte für alle Fragen nur eine kurze oder keine Antwort. An andern Tagen war sie höchst humorvoll. „Die Schmerzen sind fast wie weggeblasen, bald kann ich wieder tanzen gehen", und sie lachte hellauf zu dieser Bemerkung. Manchmal verfiel sie auch in tiefes Nachdenken wegen ihres Zustandes. Dann überraschte sie mit Fragen, ob ein Leben überhaupt für sie noch Zweck hätte. Ihr Verhalten war unberechenbar. Dabei waren Gedächtnis, Intelligenz nicht sichtlich gestört, wenngleich sich ihre Klagen gelegentlich auch darauf bezogen.

Damit sind die Hauptsymptome im einzelnen erläutert. Von den sogenannten akzessorischen Symptomen sind besonders die Gelenkbeschwerden zu nennen. Röntgenologisch waren an beiden Kniegelenken keine krankhaften Veränderungen zu sehen. Von der Patientin wurden die Schmerzen einwandfrei in die Kniegelenke lokalisiert. Ein Krepitieren war nicht nachzuweisen. Wir wissen, daß sich rheumatisch-

arthritisch-neuralgische Beschwerden häufig nach Klimakterium, ja sogar nach künstlichem Klimakterium vorfinden (Zentralblatt für die gesamte Medizin 1929, S. 928). Ebenso aber sind obige Beschwerden als Initialbeschwerden bei der Dercumschen Krankheit immer wieder gefunden worden. Zum Schluß darf ich noch von den sensiblen Störungen das taube, kribbelnde Gefühl bald der einen bald der anderen unteren Körperhälfte in Erinnerung bringen.

Bemerkenswert an unserem Falle ist, daß die Krankheit zuerst mit „rheumatischen Beschwerden" begann, welche bei vielen Fällen als erste Zeichen der Erkrankung beschrieben wurden. Güntz beschreibt einen Fall von Dercumscher Krankheit, bei dem der Patient 12 Jahre lang an „rheumatischen Beschwerden" litt. Dann traten die typischen schmerzhaften Knoten in dem Unterhautzellgewebe auf. Ferner ist noch einiges betreffs des Gewichtes der Patientin zu sagen. In der Regel soll bei dem Beginn der Erkrankung eine Fettleibigkeit vorliegen, oder sie entwickelt sich Hand in Hand mit den anderen Symptomen. „Das Gewicht der Patientin liegt gewöhnlich zwischen 200 bis 300 Pfd." (Spezielle Neurologie III./IV. Band Hirschfeld, S. 457.)

In der neuen Literatur fand ich Gewichte von 180 bis 240 Pfd. nur bei solchen Kranken, die an der allgemeinen diffusen schmerzhaften Fettverteilung litten (Jülich), während die nodulären Formen der Erkrankung gewöhnlich ein Gewicht von 120 bis 190 Pfd. aufwiesen. (Klieneberger, Jülich, Grafe, Dervis, Nölle.) Das Gewicht unserer Patientin beträgt rund 150 Pfund. Ich komme jetzt noch auf das Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung eines exzidierten Knotens zurück. Schon Dercum hat eingehend sich mit dem Studium der Zusammensetzung der typischen Fettknoten beschäftigt. Kraft schreibt in seiner Inaug.-Diss. S. 21: „Bei seiner ersten Kranken konnte Dercum durch wiederholte Punktionen der Entwicklung der Fettablagerungen folgen. Er erhielt beim erstenmal durchsichtige Fragmente von Gallertkonsistenz, die mikroskopisch aus embryonalem Bindegewebe bestanden; beim zweitenmal fand er ziemlich spärliches Bindegewebe im Verein mit Fettzellen, von denen einige noch keine vollständige Fettumwandlung erlitten hatten; beim drittenmal fand er retikuläres Bindegewebe, in dessen Maschen Fettzellen eingeschlossen waren nebst einigen vaskulären und nervösen Elementen. Dementsprechend nahm er drei Entwicklungsphasen an: initiale ödematöse Schwellung, lipomatöse Umwandlung, Endsklerose. Andere Autoren haben seine Resultate be-

stätigt.“ Schwenkenbecher dagegen konnte sich durch seine Untersuchungen nicht davon überzeugen. Weiß, Thimm und andere fanden in den Knoten großen Reichtum an Blutgefäßen. In unserm Fall handelt es sich um eine Struktur wie die eines Lipoms, ebenso in dem Falle Güntz. —

Es scheint mir noch lohnenswert, auf die prozentuale Verteilung der weißen Blutkörperchen näher einzugehen. Jülich fand in seinen Fällen Aneosinophilie, die Biede als typisch anführt (Innere Sekretion 1913). Bei einzelnen daraufhin untersuchten Fällen sind die Eosinophilen nicht nur vorhanden, sondern zuweilen sogar vermehrt.

Falta: 2% Eos. (Die Erkrankungen der Blutdrüsen, 1913);
Frowein: 10% Eos.;
Cruschmann: 6% Eos.;
Dervis: 7% Eos.;
Behr: 0,6% Eos.;
in unserem Falle 2% Eos.

Es erübrigt sich demnach, für die Dercumsche Krankheit ein Fehlen oder ein übermäßiges Vorhandensein von Eosinophilen zu verlangen. Die Schilddrüsenbehandlung, Stoffwechseluntersuchung usw. werde ich in dem Kapitel „Pathogenese“ erörtern.

Kurze epikritische Zusammenfassung unseres Falles:

Eine früher sehr leistungsfähige Frau, erblich nicht belastet, bekommt nach ihrem Klimax rheumatisch-arthritische Beschwerden, wird fettleibiger, nervös deprimiert. Es erscheinen dann Knoten an den Oberschenkeln und dem linken Unterarm, die spontan und auf Druck sehr schmerzhaft sind. Die Fettleibigkeit, die Schmerzhaftigkeit und das Volumen der Knoten nehmen zusammen mit der Alteration der Psyche und der Muskelschwäche zu. Wir finden mäßige Adipositas, die typischen schmerzhaften Knoten, Adynamie aller Bewegungen, dagegen keine objektiven Zeichen für eine organische Erkrankung des Zentralnervensystems. Zugleich stellen wir die psychisch-nervösen Störungen fest, mehr depressiver Art. An den Organen und im Blut schließen wir durch genaue Untersuchung einen besonderen Befund aus. Pat. erhält alle möglichen Antineuralgika, Antirheumatika und Bäder ohne jeden Erfolg. Durch das langsame Wachsen der Knoten und die konstante Schmerzhaftigkeit wird unser Verdacht auf eine Adipositas dolorosa gelenkt, zu deren Annahme wir berechtigt sind, weil sich alle in der Symptomatologie erwähnten Kardinalsymptome:

1. Fettablagerungen;
2. Schmerzhaftigkeit;

3. Asthenie;
4. psychisch-nervöse Störungen

vorfinden.

In dieser Annahme werden wir noch bestärkt durch die Tatsache, daß der Krankheitsprozeß mit rheumatisch-arthritischen Beschwerden begann. Wie schon erwähnt, finden sich derartige Beschwerden häufig als Initialsymptom bei der Dercumschen Krankheit. Differentialdiagnostisch kämen nur die eben erwähnten Beschwerden in Frage, die mit schmerzhaften Lipomen, Arthenie und psychisch-nervösen Störungen vergesellschaftet wären. Das heißt aber soviel, daß man die noduläre Form der Dercumschen Krankheit ablehnt, was von den jüngeren Autoren niemand tut. Die bequeme Annahme, daß es sich in solchem Falle um eine Arthritis mit zufälligen Lipomen und hochgradiger Neurasthenie handelt, richtet sich meiner Ansicht nach von selbst. Dann müßte man auf die Adipositas dolorosa als eine nosologische Einheit verzichten. Letzten Endes spricht auch der Erfolg der Behandlung mit Thyreoidin (Merck, 3 × tg. 1 Tabl.), das schon oft bei dieser Krankheit als gutes Mittel erprobt wurde, für die Richtigkeit der Diagnose. Thyreoidin besserte den Zustand unserer Patientin erheblich und nachhaltig. So ist es wohl erlaubt, diesen Krankheitsfall als eine noduläre Form der Adipositas dolorosa anzusehen, die noch relativ früh erkannt und durch Thyreoidin weitgehend gebessert wurde.

II. Fall:

Frau E. S., Alter 59 Jahre; Gewicht 122 kg; Größe 1,64 m.
Maße:
Halsumfang: 42 cm;
Brustumfang: 117/121 cm;
Leibumfang: 142 cm (Nabelhöhe);
Oberschenkelumfang: 81 cm (10 cm oberhalb der Patella);
Unterschenkelumfang: 46 cm (Wadendicke);
Oberarm: 47 cm (Mitte);
Unterarm: 34 cm (Mitte)
beiderseits.
Familien-Anamnese:

Vier Brüder starben an Lungentuberkulose in mittlerem Lebensalter. Eine Schwester lebt noch. Seit 40 Jahren weiß sie aber nichts Näheres mehr von ihr. Ihr Vater starb an Magenkrebs. Die Todesursache ihrer Mutter ist ihr unbekannt, da sie noch jung war, als die Mutter starb. Die Mutter soll auch „stark" gewesen sein. Zwei unverheiratete Brüder ihrer Mutter waren ebenfalls korpulent. Vater hatte angeblich nor-

males Gewicht, schätzungsweise 150 bis 160 Pfd. Von ihren Großeltern weiß sie nichts zu berichten.

Eigene Anamnese:

Als Kind erkrankte sie an Masern, sonst machte sie keine besonderen Kinderkrankheiten durch. Nach ihrer Angabe war sie etwas „bleichsüchtig". Mit 13 Jahren I. Menses, normal stark in normalem Zyklus (alle 4 Wochen, 4 Tage). Mit 17 Jahren wog Pat. 112 Pfd. und erkrankte an einer „Rippenfellentzündung". Mit 26 Jahren heiratete Pat. Sie war zu der Zeit 118 Pfd. schwer. Mit 27 Jahren erfolgte spontane Geburt eines Knabens, der seit 6 Jahren angeblich an Lungentuberkulose erkrankt ist. Sechs Wochen nach der Geburt des Kindes bekam Patientin Ausfluß, weswegen sie abradiert wurde. Nachher fühlte sie sich nie mehr recht wohl. Mit 28½ Jahren trat die Periode vorübergehend wieder für ein halbes Jahr ganz schwach auf. Seit ihrem 30. Lebensjahre vollkommene Menopause. Schon mit 28 Jahren bemerkte Patientin, daß sie an Gewicht ständig zunahm. Zu gleicher Zeit traten Schmerzen am ganzen Körper, besonders aber an den Extremitäten auf. Sie wurde deswegen mit Moorbädern behandelt (angeblich wurde das Leiden als Muskelrheumatismus gedeutet). Von dem 30. Lebensjahre ab wurde sie dann von Woche zu Woche dicker, so daß Patientin zu dem Glauben kam, „sie sei in Hoffnung". Die Schmerzen an den fettinfiltrierten Stellen des Körpers ließen trotz dauernder örtlicher Behandlung nicht nach. Wegen der „Kraftlosigkeit", die sich mit der Gewichtszunahme gleichzeitig bemerkbar machte, war Patientin nicht mehr in der Lage, mäßig schwere Arbeit zu verrichten. Ihre ganze Krankheit wurde als Faulheit gedeutet, was sie unter Tränen mir schildert. Sie wurde dann fast ganz bettlägerig, litt an Kopfschmerzen, Gedächtnisschwäche und hatte „brennende Hitze" am ganzen Körper. Unangenehm war ihr das Tragen von Miedern, weil dieser Druck ihr große Schmerzen verursachte. So lebte sie dahin in andauernder ärztlicher Behandlung. „Kein Mensch verstand, was ich zu leiden hatte, mir wurde das Leben ein Kreuz." Vor 9 Jahren wurde sie ins Marien-Hospital aufgenommen, d. h. „sie kaufte sich für Lebzeiten dort ein". 1920. Anfang 1922 trat Erbrechen auf, das, wie auch zum großen Teil ihre Krankheit, abgesehen von der Adipositas, als Hysterie gedeutet wurde. Die Ausheberung zeigte jedoch Stauungsreste und mikroskopische Sarcine.

Röntgenologisch: Konturen des Magens glatt, ziemlich verlangsamte Ausschüttung, nach 24 Stunden noch erheblicher Rest.

Diagnose: Pylorusstenose, Ursache unbekannt.
Am 28. September 1922 wurde sie operiert.

Bericht: „Äthernarkose. Riesige Fettmassen, welche den Pylorus und Anfangsteil des Duodenums abgeknickt haben. Gastroenterostomia posterior." Danach hörte das Erbrechen auf. Die Fettleibigkeit, Schmerzen und die übrigen Beschwerde blieben bestehen. Fast jeder neue Assistent versuchte mit ihr eine Entfettungskur durchzuführen, bis Arzt und Patientin infolge Mißerfolges dieser therapeutischen Maßnahmen überdrüssig wurden. Unter anderen wurden Thyreoidin, Inkretan und strenge Gemüsetage versucht, ohne irgendwelchen nennenswerten Erfolg. Sie blieb bei ihrem abnormen Gewicht und ihren Beschwerden. So lernte ich sie kennen. Erst spät kam ich auf den Gedanken, ob es sich nicht um einen Fall von Dercumscher Krankheit handeln könne.

Befund, den 25. April 1929.

Es handelt sich um eine 59jährige Frau mit einer monströs wirkenden Körperform, 122 kg (ohne Kleider), vergl. Abbildung. Ungeheure Fettschicht überzieht Stamm und Extremitäten, läßt aber Kopf, Hand und Fuß frei. Schleimhaut gut durchblutet. Nirgendswo bleibt auf Druck eine Delle bestehen.

Kopf: Konfiguration normal. Pupillen reagieren prompt auf Licht und Nahesehen. Kein Augenzittern. Kein Exophthalmus. von Graefesches Zeichen negativ. Moebiussches Zeichen negativ. von Stellwagsches Zeichen negativ. Gehör ausreichend gut. An den Rachenorganen zur Zeit keine Besonderheiten.

Hals: Keine palpatorisch nachweisbare Vergrößerung der Thyreodidea. Mäßige gleichmäßige Fetteinlagerung im subkutanen Gewebe.

Brustkorb: Ungeheure Fetteinlagerung, dennoch gleichmäßige nachweisbare Ausdehnung des Thorax bei der Atmung. Starke Mammae pendulantes.

Herz: Klinisch lassen sich die Grenzen sehr schwer nachweisen infolge der Adipositas. Kaum hörbare reine Herztöne. Aktion regelmäßig.

Lungen: Grenzen beiderseits 10. B.W. D. gleichmäßig beiderseits verschieblich. Sonorer abgeschwächter Klopfschall. Atmung vesikulär.

Leib: Enorme Adipositas. Die Bauchdecken hängen als eine Fettschürze herab. Vom Processus xiphoideus bis zum Nabel sieht und fühlt man die Operationsnarbe (Gastro-

enterostomie S. 1922). Leber, Milz nicht nachweisbar vergrößert. Keine abnormen Resistenzen palpabel. Die Bauchdecken fühlen sich wie eine teigige Masse an. Zum Teil hat man beim Betasten das Gefühl, als wenn zahlreiche kleine Würmer unter der Haut lägen. Lebhafte Druckschmerzhaftigkeit über dem ganzen Abdomen, ebenso an der ganzen fettinfiltrierten Rückseite des Stammes.

Extremitäten: Starke Fettablagerung an den Oberarmen, besonders links ausgeprägt sitzt ein regelrechter Fettbeutel, der sich wie eine „Variocele" anfühlt. Starke Druckempfindlichkeit an den Oberarmen und Unterarmen mit Ausnahme der Hand, die frei von jeder Fetteinlagerung ist. Diffuse Fettinfiltration an Ober- und Unterschenkeln. Nur dort, wo sie früher mal Strumpfbänder trug, sieht man eine rillenartige Einziehung. Seit 25 Jahren trägt sie keine Strumpfbänder mehr. Auf Druck äußert sie Schmerzen mit Ausnahme des Fußes, der im Vergleich zu den übrigen Teilen als sehr klein und zart erscheint.

Gelenke: Sind sämtlich frei beweglich. Die grobe Kraft ist stark herabgesetzt. Patientin ist nicht in der Lage, ein 5 kg schweres Stück zu heben. Weitere Prüfungen scheitern an der hartnäckigen Behauptung: „Ich kann es nicht", ohne auch nur den Versuch zu machen.

Reflexe:

Pat. }
Arch. } Reflexe beiderseits positiv.
Babinsky }
Oppenheim } negativ.
Romberg }

Bauchdeckenreflex fehlt.

Sensibilität }
Temperatur } nicht gestört.
Lagesinn }

Lusèguesches Zeichen negativ.

Keine typischen Druck- und Schmerzpunkte des Nerv. ischiadicus.

Periostreflexe normal auflösbar.

Sputum: Keine eosinophilen Zellen nachweisbar.

Urin: Frei von krankhaften Bestandteilen.

Stuhl: Mikroskopisch o. B. Wurmeier (mehrfach untersucht) negativ.

R.R. 140/90.

Blut: Hglb: 82% (Sabli);
Erythrozyten: 4 350 000;
Leukozyten: 6 300.

Blutbild:
Segmentkernige: 48%;
Lymphozyten: 34%;
Eosmophile: 11%;
Monozyten: 4%;
Stabkernige: 3%.
Wa.R. negativ.
Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit = 4,5 Mittelwert (Westergreen).

Auffallend ist die prozentuale Vermehrung der Eosinophilen im weißen Blutbild.

Um eventl. noch eine latente Echinokokken-Infektion auszuschließen, wurde Serum zum „Robert Kochschen" Institut (Berlin) geschickt, zwecks Prüfung der Komplementbindung auf Echinokokken.

Resultat: negativ.

Röntgenologisch:
Lunge: o. B.
Herz: Konfiguration ohne krankhaften Befund. Hinterherzraum frei (Schlief).
Schädelaufnahme: Abgeflachter und reichlich großer Türkensattel (Schlief).

Zuckerbelastungsprobe:
100 g Zucker nüchtern in 800 ccm Tee ab 850.

Zeit	Menge ccm	Spez. Gew.	Zucker %
9^{20}	50	1007	⊖
9^{50}	50	1008	⊖
10^{20}	100	1003	⊖
10^{50}	200	1000	⊖
11^{20}	100	1003	⊖
11^{50}	50	1006	⊖
12^{50}	75	1010	⊖
1^{50}	30	1015	⊖
3^{50}	50	1022	⊖
5^{50}	30	1017	⊖
7^{50}	50	1023	⊖

Weitere Versuche mit größeren Zuckergaben scheiterten an dem Erbrechen, das bei der Pat. schon beim Anblick der mit Zucker gesüßten Flüssigkeit sofort ausgelöst wurde. Pat. verweigerte weitere Proben. —

Sehr interessant sind die Ergebnisse der Stoffwechseluntersuchungen, wenngleich auch die Ausführung dadurch außerordentlich erschwert wurde, daß die Patientin starke Schmerzen infolge der ihr unpäßlichen Lageeinhaltung bekam, und deswegen ungeduldig wurde. Von mehreren angestellten Versuchen glückten fünf, jedoch nur ein Versuch, der die spezifisch dynamische Eiweißwirkung berechnen ließ.

Ich lasse den niedrigsten und höchsten gefundenen Wert folgen:

I. O_2 Verbrauch . . . . . = 2,69 Liter,
CO_2 Ausscheidung . . . . = 2,00 „ ,
R.Q. = 0,74,
Grundumsatz . . . . . = 1868,
Sollumsatz . . . . . = 1852,
Steigerung = 0,8%.

Nach dem Frühstück (200 g Fleisch in 50 g Butter gebraten, dazu 30 g Brot):

O_2 Verbrauch . . . . . = 2,86 Liter,
CO_2 Ausscheidung . . . . = 2,11 „ ,
R.Q = 0,74,
Grundumsatz . . . . . = 1986
= rund 7% Steigerung.

II. O_2 Verbrauch . . . . . = 2,7 Liter,
CO_2 Ausscheidung . . . . = 2,52 „ ,
R.Q. = 0,93,
Grundumsatz . . . . . = 2158,5
= 16,65% Steigerung.

Alle übrigen Versuche ergaben insgesamt rund 10% Steigerung, so daß als Mittelwert ein gesteigerter Grundumsatz von 10% gegenüber dem Sollumsatz angenommen werden muß.

Psychisches und intellektuelles Verhalten.

Die Stimmung der Patientin ist ruhig. Sie ist aber fast jeden Tag deprimiert. Ihre Klagen nehmen kein Ende. Intelligenz der Patientin ist relativ gut — sie behauptet, früher in der Schule fast immer den ersten Platz eingenommen zu haben. Das Gedächtnis, besonders bezüglich früherer Begebenheiten ist relativ schlecht. Jedoch wurden 8 Zahlen nach einer Minute richtig nachgesprochen. Im übrigen zeigt ihr psychisches Verhalten keine krankhaften Abweichungen. Aus ihrer deprimierten Stimmung heraus

schreibt sie oft Briefe an den Geistlichen und den leitenden Arzt, in denen sie dann über ihre dauernden Schmerzen klagt und ihr Leben als ein „Leben des Jammers und Kreuzes" bezeichnet. Niemand könne so recht glauben, welche Schmerzen sie durchmache.

Wir haben in diesem Falle wiederum das typische Krankheitsbild der Adipositas dolorosa vor uns. Auch in diesem Falle finden wir die klassischen Symptome:

Fettleibigkeit;
Schmerzen;
Asthenie oder Adynamie;
psychisch nervöse Störungen.

Die Fettleibigkeit ist naturgemäß in diesem Falle stark ausgeprägt, da die Krankheit schon zirka 30 Jahre besteht. Die Patientin gibt an, daß sie vier Wochen nach der Geburt an Gewicht allmählich zunahm, dann aber in dem zweiten Jahre nach der Geburt des Kindes rasch 40 Pfd. zunahm. Vor einem Jahre wog sie 115 kg. Eine genaue Gewichtskontrolle hat niemals stattgefunden, weil die Patientin sich dagegen sträubte, um sich „Ärger und Verdruß zu ersparen". Über das jetzige Gewicht von 122 kg war sie sehr erstaunt, da sie in dem Glauben lebte, einen Gewichtsstillstand erreicht zu haben. Die Verteilung des Fettes beschränkt sich auf Stamm und Extremitäten. Kopf, Hand und Fuß sind nicht befallen. Typisch in diesem Falle ist die Fettschürze, die Auftreibung des Oberarmes resp. die Beutelbildung (vergl. Abbildung). Die Spannung und die Farbe der Haut ist normal. Das Gefühl, das man beim Betasten der Fetteinlagerungen bekommt, nämlich als „ob Würmer unter der Haut liegen", habe ich schon erwähnt. Das subjektive Befinden der Patientin ist am meisten durch die Schmerzen gestört. Bevor sie die jetzigen Schmerzen bekam und bevor sie zusehends stärker wurde, hatte sie nach ihrer Angabe Schmerzen in den Gelenken — Arthritis —, die sich aber nach einem Jahre wieder ganz verloren. Die Schmerzen traten dann verteilt am ganzen „fettinfiltrierten Körper" auf, und die Krankheit wurde als „Muskelrheumatismus" gedeutet und dementsprechend behandelt. Wahrscheinlich handelte es sich damals um die charakteristischen Schmerzen, die der Fetteinlagerung zum Teil vorausgingen, zum Teil sie begleiteten. Besonders erwähnenswert ist noch die Angabe, daß die spontanen und auch die Druckschmerzen in dem Jahre am heftigsten in Erscheinung traten, in dem sie so rasch dicker wurde. Die Tat-

sache ferner, daß es bei der Patientin infolge abnormer Fettanhäufung im Abdomen zur Pylorusstenose kam, ist vielleicht eine Seltenheit. In dem Operationsbericht fehlt die genaue Angabe, wo die schuldige Fettwucherung im Abdomen lokalisiert war. Im allgemeinen soll auch die Fettansammlung nicht nur das subkutane Gewebe sondern auch das Körperinnere betreffen. Kraft schreibt: „Es ist zu erwähnen, daß die abnorme Fettanhäufung nicht nur das Unterhautzellgewebe betrifft, sondern auch das Bindegewebe des Körperinnern, besonders die schon normal fettreichen, wie Mesenterium, Epiploon und perineales Gewebe (Inaug.-Diss. 1907, S. 22).

Jetzt klagt sie besonders über „brennende Hitze“ am ganzen Körper, mit Ausnahme von Kopf, Hand und Fuß. Sie liegt am liebsten mit einer ganz leichten Decke im Bett. Auf Druck äußert sie an den fettinfiltrierten Stellen Schmerzen, die jedoch darauf stark nachschmerzen, ja sogar intensiver werden als in dem Moment, wo gedrückt wird. Eine sichtbare Veränderung an den Druckstellen ist nicht wahrzunehmen. Eine Abhängigkeit der Schmerzen von der Art der Witterung wird negiert. Jedoch werden Remissionen zugegeben, ohne daß sie dafür eine Erklärung zu geben weiß.

Neben den Schmerzen ist bei der Patientin die Asthenie-Adynamie-Muskelschwäche stark ausgeprägt. Zum Haarkämmen hat sie seit dem dritten Krankheitsjahre keine Kraft. Seit 28 Jahren kann sie täglich eine Stunde außer Bett sein, dann fühlt sie sich so „geschlagen und matt“, daß sie wieder zu Bett muß. Die Muskulatur ist, so weit man sie schätzen kann, noch relativ gut ausgebildet. Rein gefühlsmäßig gewinnt man den Eindruck, daß die Muskelschwäche zum großen Teil auch psychischer Natur ist; denn bei irgendwelchem Versuch wird von vornherein geantwortet: „O, das kann ich nicht.“ Manchmal geht es dann doch. Sie hat Widerwillen gegen die Arbeit, weil sie angeblich zu schwach ist. Es ist daher kein Wunder, daß ihre Krankheit von den Angehörigen als „Faulheit“ bezeichnet wurde. Ihr Gang ist äußerst mühsam.

Was die psychisch-nervösen Störungen anbelangt, so ist wie in allen anderen Fällen, die depressive Stimmung dominierend. Immer wurde die Krankheit als eine Fettsucht mit hysterischer Komponente gedeutet, zumal als noch das „hysterische Erbrechen“ auftrat. Für Hysterie fehlen aber sämtliche Stigmata. Ihr Vorstellungsleben, Phantasie und Affekte haben keine krankhafte Reaktionsweise. Ihre Depressionen entspringen zum großen Teil ihren täglichen Schmerzen. Daß

es zu funktionellen Überlagerungen kommen kann, ist gut denkbar. Wie weit ihre physische und psychische Adynamie ihr Ermüdungsgefühl, ihre Gedächtnisschwäche und ihre Kopfschmerzen auf innersekretorischer und auf neurasthenischer Basis beruhen, läßt sich nicht entscheiden. Man braucht sich aber nur zu erinnern, daß bei dem Morbus Basedow die Patienten auch häufig über Muskelschwäche und hochgradige Erregbarkeit, jähen Stimmungswechsel, Schlaflosigkeit und Kopfschmerzen klagen, ja bei dem es zu regelrechten Psychosen kommen kann. Warum soll es denn nicht beim Morbus Dercum, der doch nun auch allgemein als pluriglanduläre innere sekretorische Störung aufgefaßt wird, zu ähnlichen oben genannten Erscheinungen kommen? Daß eine Frau, die entstellt, 30 Jahre lang Schmerzen hat, in quälendes Grübeln verfällt, ist nicht zu verwundern.

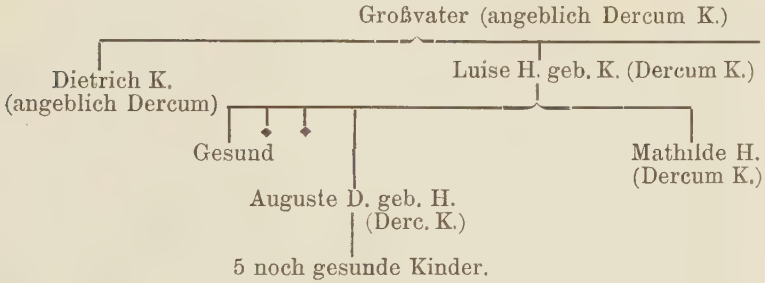
Auffallend an diesem Falle ist wiederum die in der Anamnese angegebenen arthritisch-rheumatischen Beschwerden. Viel wichtiger erscheint mir die Mitteilung, daß nach der Geburt mit langsamen Aussetzen der Menses die Schmerzen und dann die Fetteinlagerungen begannen, so daß doch wohl in diesem Zusammentreffen ein kausaler Zusammenhang für das Entstehen der Krankheit zu suchen ist. Und gerade die Angabe, daß in ihrem 30. Lebensjahre, als die Periode vollkommen aufhörte, die Schmerzen und die Gewichtszunahme besonders deutlich sich bemerkbar machten, darf obige Annahme wohl wesentlich unterstützen. Erwähnenswert bleibt auch der röntgenologische Befund des Schädels. Der abgeflachte und reichlich große Türkensattel könnte für eine vergrößerte Hypophyse sprechen (Schlief). Von ganz besonderem Interesse ist das Ergebnis der Stoffwechseluntersuchung. Auf den dabei gefundenen leicht erhöhten Grundumsatz werde ich noch in der pathogenetischen Erörterung der Adipositas dolorosa zurückkommen. Ein ungelöstes Rätsel bleibt für mich die 11% Eosinophilie im weißen Blutbilde. Für Asthma und Vermes sind nach eingehenden, daraufhin angestellten Untersuchungen nicht die geringsten Anhaltspunkte vorhanden.

Differentialdiagnostisch kommt eine Fettsucht in Frage, die mit einer funktionellen Erkrankung vergesellschaftet ist. Letztere habe ich bereits abgetan. Für die Schmerzen eine neuritische oder Rückenmarkserkrankung anzunehmen, fehlen die nötigen objektiven Anhaltspunkte. Ich betone nochmals, daß ich für Hysterie nicht ein einziges Merkmal fand. So sind wir berechtigt, diesen Fall als eine allgemeine diffuse Form der Dercumschen Krankheit aufzufassen, die nach einem Partus

mit anschließender frühzeitiger Menopause begann, die relativ spät erfolglos behandelt und erst jetzt in ihrer Wesensart erkannt wurde.

Allgemeines zur Adipositas dolorosa.

Ätiologie: Sie ist unbekannt. Diejenigen Autoren, welche sich damit befaßt haben, sprechen von prädisponierenden und veranlassenden Momenten (Kraft). Von den prädisponierenden Momenten verdient vor allem das Alter der Erwähnung. Das Durchschnittsalter liegt zwischen 35—40, nach älteren Angaben zwischen 30—45 (Hirschfeld). Doch kommt die Krankheit ausnahmsweise auch in jüngeren und älteren Jahren vor. Auffallend ist, daß das weibliche Geschlecht mit 4 : 1 gegenüber dem männlichen überwiegt. Mustert man fernerhin die Fälle der Literatur durch, so begegnet man mehrfach solchen, die hereditär durch Dercumkrankheit und gewöhnliche Fettsucht, neuropathische Konstitution, Alkoholismus und Syphilis belastet sind. So veröffentlichte Nölle folgenden Stammbaum:



Klieneberger berichtet über drei Fälle, wo die Mutter und ihre zwei Töchter an Adipositas dolorosa leiden. Jülich erwähnt in der Anamnese einer an Adipositas dolorosa erkrankten Patientin, daß beide Eltern sehr stark waren und sie selbst schon vor der Menopause eine Anlage zur Fettsucht hatte. Über psycho-nervöse Belastung in der Aszendenz schrieb Reichmann. Price und Bird schildern einen Fall von Dercumscher Krankheit, die durch Epilepsie kompliziert ist. Dercum selbst schrieb dem Alkoholismus und der Syphilis in ätiologischer Hinsicht eine zu große Bedeutung zu (Jülich, Bab). Behr publiziert einen Fall, in dessen Anamnese starkes Potatorium erwähnt wird.

In allen Fällen, die Frauen betrafen, fanden sich als auslösende Ursache Vorgänge und Eingriffe innerhalb der Genitalsphäre (Menopause, Ovariotomie).

Pathogenese:

Hierfür sind zu berücksichtigen die anamnestischen Angaben, die klinischen Erscheinungen und die Resultate der pathologischen Anatomie. In der Anamnese findet man, wie schon erwähnt, die Angaben der Frauen und Männer über rheumatisch-arthritische Beschwerden, zugleich bei ersteren noch die Angabe, daß die monatliche Blutung ständig vor dem eigentlichen Ausbruch der Krankheit abnahm. — Die klinischen Beobachtungen einschließlich des Gasstoffwechsels und der Röntgenologie ergeben das Symptomenbild des gestörten innersekretorischen Gleichgewichts. Wir finden von seiten der Thyreoidea ein Gemisch von hypo- und hyperthyreoiden Störungen: Anhydrosis, Hyperhydrosis, Tachykardie und Hypertonie, Struma, Bradykardie und Hypotonie, Tremor, Haarausfall, Anorexie, und Bulimenie (Christmann).

Von seiten der Hypophyse: Echten Diabetes insipidus, röntgenologisch indirekt nachweisbare Hypophysen vergrößerung (Behr).

Von seiten des Pankreas: Diabetes mellitus (Jülich), herabgesetzte und gesteigerte Toleranzwerte bei alimentären Glykosurieversuchen (Price und Bird, Fischer).

Von seiten der Nebenniere: Pigmentierung an Stirn und Auge, wie in der ausgeprägten Form beim Morb. Addison (Kloninger).

Von seiten des Ovarium: Menopause mit allen Ausfallerscheinungen.

Besonders beachtenwert sind noch die Resultate der Stoffwechseluntersuchung. Grafe fand für den Grundumsatz tiefe, aber noch als normal zu bezeichnende Werte. Jülich beobachtete in einem Falle normalen Wert, in drei anderen Fällen eine Steigerung um rund 10%; desgleichen hatte unser Fall eine Steigerung von 10%. Etwas erhöhten Grundumsatz fanden ebenfalls Price und Bird. Die spezifisch dynamische Eiweißwirkung zeigte den verringerten Wert, den man bei Dystrophia adiposogenitales und bei hypophysärer Fettsucht findet. Die klinischen Untersuchungsbefunde haben in letzter Zeit viel Neues gebracht; dagegen sind pathologisch-anatomische Untersuchungen in letzter Zeit sehr selten ausgeführt. Ich muß mich daher auf die im Handbuch der Neurologie (IV. Band) diesbezüglichen Angaben beschränken. Danach wurden Veränderungen der Schilddrüse, Hypophyse, Ovarien, Nebennieren, Pankreas und Hoden gefunden. Der autoptische Befund ergab Überwiegen der Schilddrüsenschädigung ganz im Sinne der ursprünglich Dercumschen, allerdings einseitigen

Annahme, daß es sich bei der Adipositas dolorosa um ein Dysthyreoidismus handele. Was wir uns unter Dysthyreose vorstellen sollen, können wir uns heutzutage, nachdem Keudell verschiedene chemische Körper in der Schilddrüse isoliert und ihre verschiedenartige Wirkung experimentell erprobt hat, einigermaßen klar machen. Man muß es sich so erklären, daß das schädigende, unbekannte Agens einige Funktionen der Schilddrüse verschont, andere dagegen in irgendeinem Sinne verändert, und dadurch eine dissoziierte Funktionsänderung herbeiführt. Dazu treten dann in derselben Form infolge innersekretorischen Zusammenhangs die übrigen pluriglandulären Störungen hinzu (Curschmann). — Demnach müssen wir unter Berücksichtigung der klinischen und pathologisch anatomischen Befunde sagen, daß es sich bei der Adipositas dolorosa um eine besondere Form der endogenen Fettsucht handelt, die auf einer Dysfunktion des pluriglandulären Systems beruht, in der Hauptsache aber um eine Dysfunktion der Schilddrüse und Hypophyse. Auf diese Art und Weise läßt sich der kausale Zusammenhang der Fettsucht einigermaßen erklären, jedoch nicht die Schmerzhaftigkeit der „fettigen Infiltrationen". Anfangs (Dercum) wurde eine interstitielle Neuritis der „Fettinfiltrate" dafür verantwortlich gemacht. Jedoch Schwenkenbecher und andere bewiesen, daß dieselbe nur selten vorlag. Für eine Neuritis der das Gebiet versorgenden Nerven fehlen die klinischen Anhaltspunkte. In neuester Zeit versuchte Behr eine Erklärung für den Grund der typischen Schmerzen anzugeben. Nach seiner Auffassung ist das Primäre eine Toxikose auf endokriner Basis, das Sekundäre eine chronisch-entzündliche Veränderung im Nervensystem und das Tertiäre die schmerzhaften Fettuntersuchungen. Als Beweis für diese Auffassung glaubt er die Fälle anführen zu können, in denen sich die Fettwucherungen nicht diffus, sondern zirkumskript resp. nodulär entwickeln, eine Entwicklung, die nach seiner Ansicht auf „umschriebene Ursachen" hinweist. Als weiteren Stützpunkt stellt er die Beobachtung hin, daß während der Behandlung mit Hypophysin in einem seiner Fälle von Adipositas dolorosa ein Herpes zoster in den von den Fettwucherungen befallenen Körperregionen auftrat. Aus dieser Beobachtung sei ein innerer Zusammenhang zwischen Fettwucherung, Herpes zoster und Hypophysindarreichung anzunehmen. Der Herpes zoster weist nach seiner Auffassung darauf hin, daß eine Veränderung der Spinalganglien möglicherweise das Bindeglied bildet, und durch die Hypophysindarreichung eine reaktive Entzündung in den betreffenden Spinalganglien aufgeflammt

sei. Für die Schmerzhaftigkeit wäre demnach eine Veränderung in den Spinalganglien verantwortlich gemacht. Adynamie physischer und psychischer Natur und ebenfalls die Asthenie können Symptome einer innersekretorischen Störung sein, wir finden sie auch bei andern endokrinen, insbesonders polyglandulären Erkrankungen.

Therapie: Neben symptomatischer, Hydro- und Thermotherapie vor allem Organotherapie (Thyroidin [Merck], Hypophysin, Lipolysin, Ovarialtabletten).

Erfolg mit Thyreodin berichten Kloninger, Claude und Czery, allerdings nur mit frischer Schilddrüse; Curschmann, Nölle mit subkortikaler in die Tibia eingepflanzter frischer Schilddrüse, Reichmann, Price und Bird. In anderen Fällen half nur Hypophysin (Behr). In einigen Fällen dagegen versagte jegliche Organotherapie, erst Sanarthrit brachte Heilung, Darvis glaubt wegen eines mit Sanarthrit geheilten Falles dieses als ein spezifisches Mittel gegen Dercumsche Krankheit empfehlen zu können. In unserm letzten Fall wird Sanarthrit versucht, bis jetzt ohne wesentlichen Erfolg. Man muß annehmen, daß die Krankheitserscheinungen um so eher und sicher unter der jeweilig ansprechenden Behandlung zurückgehen, je früher die Krankheit behandelt wird. Die jüngeren Symptome gehen dann eher zurück als die älteren (Behr und unser I. Fall).

Verlauf: Falls kein Mittel anspricht, ist es äußerst chronisch. Die Patienten enden gewöhnlich an einer interkurrenten Krankheit.

Literaturverzeichnis.

Hirschfeld, R.: Die Dercumsche Krankheit. Handb. der Neurol. Bd. 4. Berlin.

Kloninger: Über Adipositas dolorosa. Berl. klin. Wochenschrift Jg. 50 Nr. 29 1913.

Klieneberger, O.: Über Adipositas dolorosa. Med. Klinik Jg. 9 Nr. 47 1913.

Fischer, Heinrich: Ein Fall von Dercumscher Krankheit und seine Beziehungen zu den Blutdrüsen. Monatsschrift f. Psychiatr. u. Neurol. Bd. 35 H. 4 1914.

Kraft, A.: Die Dercumsche Krankheit. Inaug.-Dissert. Berlin 1907.

Schwenkenbecher: Adipositas dolorosa. Arch. f. klin. Med. Bd. 80 S. 317 1904.

Güntz, Eduard: Dercumsche Krankheit mit Gelenkveränderungen und Glykosurie. Klin. Wochenschr. Jg. 7 Nr. 23 1928.

Jülich, W.: Zur Nosologie und Therapie der Dercumschen Krankheit. Med. Klinik Jg. 21 Nr. 32 1925.

Dervis, Th.: Dercumsche Krankheit, behandelt mit Sanarthrit. Deutsche med. Wochenschr. Jg. 50 Nr. 32 1924.

Reichmann, Frieda: Zur Schilddrüsenbehandlung der Dercumschen Krankheit. Deutsche med. Wochenschr. Jg. 49 Nr. 31 1923.

Curschmann, Hans: Über Adipositas dolorosa. Med. Klinik Jg. 19 Nr. 27 1923.

Nölle: Ein Fall von familiärem Auftreten der Adipositas dolorosa (Dercumsche Krankheit, noduläre Form). Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 77 H. 1/2 1922.

Frowein, Bernhard: Zur Kenntnis der Adipositas dolorosa. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 72 1921.

Grafe, E.: Zur Kenntnis der Adipositas dolorosa (Med. Klin., Heidelberg). Münch. med. Wochenschr. 1920 Nr. 12.

Bab: Dercumsche Krankheit (Inaug.-Dissertation Berlin 1907).

Behr, Carl: Sehnervenentzündungen bei Störungen der inneren Sekretion im Verlauf der Adipositas dolorosa. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 71 1921.

Bolte: Geistesstörung bei Dercumscher Krankheit. Deutsche Med. Wochenschr. Jg. 1911, Januar.

Dercum: Zentralblatt für Klin. Med. Nr. 20 Jg. 1893. Amer. journ. of the nod sciencis Nov. 1892.

Priceand Bird: Über Adip. dol. Zentralblatt 1926, 40.

Lebenslauf.

Am 26. Oktober 1901 wurde ich als Sohn des Schiffseigners Bernhard Esders zu Haren a. d. Ems in Hannover geboren. Ich besuchte nach der Volksschule ab 1913 die Rektoratsschule zu Haren. Von 1918 studierte ich an dem Gymnasium zu Meppen, wo ich 1922 das Zeugnis der Reife bekam. Ich widmete mich darauf dem Studium der Medizin in Münster 5 Semester, Innsbruck, Düsseldorf je 1 Semester, Breslau 3 Semester. In Münster bestand ich 1925 mein Physikum = ärztliche Vorprüfung, 1928 in Breslau mein Staatsexamen. Am 1. März 1929 erhielt ich die Approbation als praktischer Arzt. Ich bin preußischer Staatsangehöriger.

Hermann Esders.